



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE CERETÉ

Cereté, Córdoba, catorce (14) de abril de dos mil veintitrés
(2023)

Proceso	ACCIÓN DE TUTELA
Radicado No.	23-162-31-03-002-2023-00047-00
Accionante:	NORA ISABEL NARANJO DE MONTES
Agente Oficioso:	DOMINGO ANTONIO MONTEZ MARTÍNEZ
Accionado:	NUEVA EPS

I. ASUNTO

Procede el Despacho en esta oportunidad a resolver la acción de tutela promovida como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, por el señor DOMINGO ANTONIO MONTES MARTÍNEZ identificado con C.C. N° 1.551.338 quien actúa como agente oficioso de su esposa, **NORA ISABEL NARANJO DE MONTES** identificada con C.C. N° 25.866.572, alegando la presunta conculcación de su derecho fundamental a la vida, salud y seguridad social, amparados en la carta magna y, contra **NUEVA EPS** representado legalmente por su representante legal.

II. ANTECEDENTES

II.I. HECHOS

En escrito de acción de tutela, la parte accionante, en el recuento de los hechos que dieron origen a esta acción, manifestó:

PRIMERO: Soy colombiano de nacimiento, nacido en la ciudad de Montería Córdoba, tengo ochenta y tres (83) años de edad, soy pensionado como docente, convivo con mi compañera NORA ISABEL NARANJO DE MONTES, C.C. No. 25.866.572 de Ciénaga de Oro Córdoba, en unión marital, desde hace más de cuarenta (40) años.

SEGUNDO: En la actualidad, me encuentro afiliado a la entidad promotora de salud del régimen contributivo Nueva EPS, como cotizante y mi esposa NORA ISABEL NARANJO DE MONTES, C.C. No. 25.866.572 de Ciénaga de Oro Córdoba, como beneficiaria del servicio médico, como se puede constatar en sus bases de datos.

TERCERO: A mi esposa, tal y como se observa en documentos de historia clínica que se anexan a la presente acción de tutela, de fecha 08 de febrero de 2023, procedente de la Clínica Ocomédica AUNA, de la Clínica IMAT en la ciudad de Montería, quien luego de ser atendida por el Hematólogo LIEVI GEOVANNI CORREA NEGRETE, ordenó la realización de los siguientes exámenes: ecografía de abdomen total (hígado páncreas vesícula vías biliares riñones bazos de pelvis y flancos); BIOPSIA POR ASPIRACION DE MÉDULA ÓSEA; historia clínica de fecha 01 de diciembre de 2022, de Oncomédicas del IMAT, en la parte de diagnósticos, donde se relacionó lo siguiente: "PÉRDIDA ANORMAL DE PESO, HIPERTENSION RENOVASCULAR, ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADO 34 A1, DEFRTIS TUBOLOINTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA, ANEMIA DE ETIOLOGIA A ACLARAR. EDEMA EN MIS, NO OLIGURIA, NO LUTS, POR DOLOR CAITICO APLICÓ AMPOLLA DE AINE LABS, CONSULTA NEFROLOGIA; MAS ADELANTE SE OBSERVA PERDIDA ANORMAL DE PESO, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFIDADA COMO AGUDA O CRONICA. HIPERTENSION RENOVASCULAR; Orden médica de fecha 08 de febrero de 2023, suscrito por el doctor LIEVI GEOVANNI CORREA NEGRETE, RM 321 – HEMATOLOGÍA, donde se observa BIOPSIA PR ASPIRACION DE MÉDULA ÓSEA, seguidamente se observa la autorización de servicios de fecha 09 de febrero de 2023 a la suscrita, donde se ordenó la realización del estudio de CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA. Cabe anotar que a la suscrita tal y como se observa en este escrito mencionado, como afiliada que soy de mi esposo, se me plasma en este escrito de servicios lo siguiente: Afiliado cancela de Copago el 17.3 % del valor de la atención y hasta \$1.220.455, autorizado por AMAURY SANTANDER MIRANDA DURANGO, profesional universitario de la NUEVA EPS. Adicionalmente se encuentra orden médica de fecha 08 de febrero de 2023, suscrita por el galeno LIEVI GEOVANNI CORREA NEGRETE, RM 321 – HEMATOLOGÍA, donde relata lo siguiente: ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO. ESTUDIO DE COLORACION BÁSICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA), ESTUDIO DE COLORACION BÁSICA EN BIOPSIA, FERRITINA, GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA, HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE

HERITROCITOS INDICES ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) METODO AUTOMATICO. HIERRO TOTAL. INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA, IONOGRAMA (CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO), NITRÓGENO UREICO, SATURACION DE TRANSFERRINA. De igual forma, orden médica de fecha 08-02-2023, donde el citado galeno, ordena los siguientes servicios: CALCIO AUTOMATIZADO, CARIOTIPO CON BANDEO G, CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS, ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO, ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA.

CUARTO: Ahora bien, el suscrito como su esposo, persona también de la tercera edad, de 84 años de edad, donde utilizo pañales desechables para adultos talla M No. 720, a quien me toca asistir a cita con urología el próximo 24 de mayo de 2023 y debo llevar uroanálisis, urocultivo + AB; a quien de igual forma le corresponde cancelar el famoso COPAGO; sin tener en cuenta que somos personas de la tercera edad, con enfermedades delicadas de salud, que pese a que soy pensionado, y que "recibo" una suma de \$ 3.084.851 pesos moneda corriente, debo cubrir gastos como son: \$ 370.000 pesos a la NUEVA EPS, \$ 1.357.000 pesos moneda corriente, descontados por el Juzgado promiscuo municipal de Ciénaga de Oro, recibiendo físicamente, solo la suma de \$ 1.357.326 pesos moneda corriente; dinero este que no nos alcanza a cancelar gastos de servicios públicos que están llegando demasiado caros, la compra de alimentos, el pago de una persona que nos ayude en el hogar, porque desafortunadamente no podemos hacer casi nada en nuestro humilde hogar; motivo por el cual les solicito muy respetuosamente a ese honorable juzgado, se exima de cancelar COPAGOS a mi esposa favor de la NUEVA EPS, porque desafortunadamente no podemos continuar con este pago innecesario, si se tiene en cuenta que somos personas de la tercera edad, que tenemos otros problemas médicos, que ya no podemos valernos por nuestro propio esfuerzo, que la misma ley, nos protege.

QUINTO: Como se observa en los escritos de historia clínica a que hice referencia, junto a la mencionada también resolución, a los documentos anexos como cédulas de ciudadanía del suscrito y de mi esposa; así como también copia de desprendibles de pago de los haberes mensuales del suscrito, donde se podrán dar cuenta que no tenemos como soportar y cancelar el copago que hoy por hoy, esa NUEVA EPS, quiere cobrar, para que mi esposa pueda realizar los procedimientos

médicos que nos son requeridos, que es quien le quieren y pretenden cobrar un COPAGO, que no sabemos a ciencia cierta, cuanto sería el valor a cancelar, pero que aun sabiéndolo, no podríamos o tendríamos como cancelar.

II.II. PRETENSIONES

Pretende la accionante que, con fundamento en los hechos narrados, se tutelen sus derechos fundamentales arriba invocados, ordenando al ente accionado **NUEVA EPS** absuelva del cobro del copago a la señora **NORA ISABEL NARANJO DE MONTES** para la práctica de todos los exámenes y procedimientos médicos que tiene que hacerse en razón a la patología que padece.

II.III PRUEBAS APORTADAS CON EL ESCRITO DE TUTELA.

Con el escrito de Tutela fueron aportadas las siguientes pruebas;

- . Fotocopia de la cedula de ciudadanía del señor DOMINGO ANTONIO MONTES MARTÍNEZ
- . Fotocopia de la cedula de ciudadanía de la señora NORA ISABEL NARANJO DE MONTES.
- . Copia de historia clínica.

III. ACTUACIÓN PROCESAL

El **27 de marzo de 2023**, esta judicatura mediante auto admisorio ordenó solicitar a la parte accionada rendir informe al respecto dentro del término de 24 horas.

Dicho auto admisorio de la presente acción constitucional, fue notificado a la entidad accionada a través correo electrónico institucional, el día **28 de marzo** del corriente.

III.I. CONTESTACIÓN

La accionada, NUEVA EPS fue notificada del auto admisorio de la presente acción tutelar, el día **28 de marzo de 2023**, a través de correo electrónico institucional y justicia web siglo XXI, en aras de que en

ejercicio de su derecho a la defensa se manifestara respecto de los hechos en que se basa la presente acción tutelar.

Dentro del término concedido para ello, la entidad tutelada manifestó:

Frente a la solicitud de autorización de servicios médicos, se informa su Señoría que Nueva EPS se encuentra en revisión del caso para determinar las presuntas demoras en el trámite de validación, en caso se encuentre en curso alguna solicitud anterior ante nuestra entidad. Se debe aclarar también que los documentos y/u órdenes de acuerdo con la pertinencia médica allegados al presente trámite, también se encuentran siendo revisados a fin de que cumplan las políticas para su procesamiento, en este sentido, una vez se emita el concepto lo estaremos remitiendo a su despacho por medio de respuesta complementaria junto con los respectivos soportes, de ser el caso.

A través de evaluación del caso se conocerá a profundidad las necesidades del paciente y la pertinencia de la presente acción, de lo cual tendrá el accionante conocimiento. Además de lo anterior, se indica que NUEVA EPS no le ha negado ningún servicio al usuario por cuanto no se aporta una prueba donde allí se demuestre alguna negativa, motivo por el cual no es posible que se conceptué a futuro servicios que aún no se han solicitado y que en ningún momento la EPS ha negado, entendiéndose además que según las funciones propias de las EPS los servicios solicitados deben ser sometidos a procesos de validación por pertinencia médica, siendo esta, un proceso que van en cumplimiento normativo.

A LA PRETENSIÓN DE EXONERACIÓN DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

En aras de no vulnerar los derechos del beneficiario la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales para determinar los casos en que sea necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o según el régimen al que se encuentre afiliado.

Al respecto dispuso que procederá esa exoneración (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores. Así la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente ofreciendo 100% del valor del servicio de salud.

Y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado.

En este caso, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

Señor Juez, al accionante no se le está vulnerando ningún derecho fundamental, Nueva EPS tiene el deber de prestarle todos los servicios médicos al paciente, pero exonerarlo de cuotas moderadoras y/o copagos es atentar contra la estabilidad económica del sistema general de la salud.

Su señoría, le solicito de manera respetuosa analizar la presente acción de tutela porque el accionante pretende que se le exonere de los pagos de copagos y cuotas moderadoras, cuando no demuestra la incapacidad para realizar dichos pagos, pues estos no se cobran por caprichos de la EPS si no por norma establecida para garantizar y poder compensar la estabilidad del sistema de salud.

IV. CONSIDERACIONES

La acción de tutela es la potestad que tiene toda persona de reclamar ante un juez la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales cuando éstos resulten vulnerados o amenazados por una autoridad pública, o por un particular en los casos previstos en la ley. Esta acción ha llenado un vacío que acusaba la legislación colombiana en lo que concierne a la protección de dichos derechos, sin necesidad de formalismos o ritualidades por tratarse de una acción de naturaleza preventiva o cautelar.

IV.I. CUESTIONES PREVIAS – PROCEDIBILIDAD DE LA ACCIÓN DE TUTELA

La Constitución Política de Colombia consagra la Acción de Tutela como un mecanismo judicial de defensa para los ciudadanos que se encuentren afectados por la violación de sus derechos fundamentales; así está descrita en el artículo 86 de la mencionada Constitución Política:

"Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública. La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo".

Conforme con lo anterior, deben estudiarse previamente los requisitos de procedencia de la demanda relativos a **(i)** la legitimación por activa y por pasiva, **(ii)** la subsidiariedad y **(iii)** la observancia del requisito de inmediatez, a los cuales debe preceder la alegación de una presunta afectación de un derecho fundamental.

1. Legitimación por activa. Al tenor del artículo 86 de la Constitución, toda persona que considere que sus derechos fundamentales han sido vulnerados o se encuentren amenazados, podrá interponer acción de tutela en nombre propio o a través de un representante que actúe en su nombre. En el presente caso, se interpuso a través de agente oficioso.

2. Legitimación por pasiva: La acción de tutela fue interpuesta contra **NUEVA EPS**, que es la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliada la accionante en calidad de beneficiaria, del régimen contributivo.

3. Inmediatez. El artículo 86 de la Constitución Política de Colombia establece que las personas tendrán la acción de tutela para reclamar, en todo momento y lugar, la protección inmediata de sus derechos fundamentales. Sobre la inmediatez ha sostenido la Corte Constitucional que, si bien no existe un término de caducidad para la interposición de la acción de tutela, ésta si debe hacerse en un tiempo razonable de lo contrario se desnaturalizaría la función de protección urgente de la acción de tutela; en el presente caso, se tiene que la accionante se encuentra en curso de practica de exámenes y citas medidas en razón de su patología.

4-. Subsidiariedad. El artículo 86 de la Constitución Política establece que la acción de tutela *"solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable"*. Asimismo, el artículo 6 del Decreto 2591 de 1991 estableció como causal de improcedencia la existencia de otros recursos o medios de defensa

judicial, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la tutela como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, como efectivamente fue interpuesta esta acción constitucional.

DEL DERECHO A LA SALUD.

El derecho a la salud está consagrado en el artículo 49 superior y ha sido interpretado como una prerrogativa que protege múltiples ámbitos, tales como la vida, la dignidad humana y la seguridad social, entre otros. Así mismo en aras de asegurar la eficacia del derecho a la salud fue expedida la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que consagró este derecho: **(i)** de un lado, como fundamental y autónomo; **(ii)** como derecho irrenunciable en lo individual y en lo colectivo; y de otro, **(iii)** como servicio público esencial obligatorio, que debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, cuya ejecución se realiza bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

En cuanto al derecho fundamental a la salud, la Corte en sentencia **T-423 de 2019**, señaló que el derecho a la salud involucra principios a saber: "... de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional. En particular, la Corte ha dicho lo siguiente sobre cada uno de ellos:

(i) Disponibilidad: implica que el Estado tiene el deber de garantizar la existencia de medicamentos esenciales, agua potable, establecimientos, bienes, servicios, tecnologías, instituciones de salud y personal profesional competente para cubrir las necesidades en salud de la población.

(ii) Aceptabilidad: hace referencia a que el sistema de salud debe ser respetuoso de la diversidad de los ciudadanos, prestando el servicio adecuado a las personas en virtud de su etnia, comunidad, situación sociocultural, así como su género y ciclo de vida;

(iii) Accesibilidad: corresponde a un concepto mucho más amplio que incluye el acceso sin discriminación por ningún motivo y la facilidad para obtener materialmente la prestación o suministro de los servicios de salud, lo que a su vez implica que los bienes y servicios estén al alcance geográfico de toda la población, en especial de grupos vulnerables. De igual manera, se plantea la

necesidad de garantizar a los usuarios el ingreso al sistema de salud con barreras económicas mínimas y el acceso a la información.

(iv) Calidad: *se refiere a la necesidad de que la atención integral en salud sea apropiada desde el punto de vista médico y técnico, así como de alta calidad y con el personal idóneo y calificado que, entre otras, se adecue a las necesidades de los pacientes y/o usuarios.*

En conclusión, el derecho a la salud: (i) es fundamental, autónomo e irrenunciable; (ii) como servicio público esencial obligatorio debe ser prestado a la luz de importantes principios como el de oportunidad y eficacia y bajo la dirección y coordinación del Estado; (iii) se articula bajo los principios pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, solidaridad, eficiencia e interculturalidad; (iv) implica la adopción de medidas por parte del Estado para su realización, específicamente, en su dimensión prestacional positiva y negativa; y (v) se rige por los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad. (cursiva y subrayas nuestras).

En ciernes, la actora pide que NUEVA EPS se abstenga de cobrarle copagos para la práctica de todos los exámenes y procedimientos médicos que tiene que hacerse en razón a la patología que padece.

Pues bien, frente a esa petición, el despacho considera necesario entrar al estudio de la misma, indicándose primeramente que, no pueden sobrepasarse los límites constitucionales del asociado a la hora de su exigibilidad, por lo que la H. Corte Constitucional en Sentencia en T-402 de 2018 dijo:

5. La naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras y las hipótesis en las que procede su exoneración

5.1.1. El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se regula el Sistema de Seguridad Social Integral, establece la existencia de pagos moderadores, los cuales tienen por objeto racionalizar y sostener el uso del sistema de salud. Esta misma norma aclara que dichos pagos deberán estipularse de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema, pues

bajo ninguna circunstancia pueden convertirse en barreras de acceso al servicio de salud.

*La Corte Constitucional precisó que **"la exequibilidad del cobro de las cuotas moderadoras tendrá que sujetarse a la condición de que con éste nunca se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio -afiliado cotizante o sus beneficiarios- al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada"**.*^[59] *De modo que, cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de los pagos o cuotas moderadoras, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud, lo cual va en contravía de los principios que deben regir la prestación del servicio.*^[60]

En relación con las clases de pagos, el Acuerdo 206 de 2004 en su artículo 3º estableció la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*, señaló que las primeras son aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los segundos se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Para el caso sub - examine vemos que, la actora es beneficiaria, por ende, es merecedora de cumplir con el pago de copagos. Empero, se concluyó por parte de la Corte que, conforme a lo previsto en la Ley 100 de 1993 y en el Acuerdo 260 de 2004, por regla general, toda persona que padezca una enfermedad calificada como de alto costo, en las que se incluyen las enfermedades denominadas huérfanas, adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación, independientemente de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o subsidiado.

Precedente jurisprudencias que ha sido reforzado en pronunciamientos posteriores, como en efecto lo fue en la Sentencia T-266 de 2020, donde se precisó:

2.4. Exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos. Reiteración de jurisprudencia

El Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*. Las primeras se aplican a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios para regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. Los segundos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema; se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios del régimen contributivo.^[195]

En el mencionado acuerdo se regulan los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Se establecen los principios que deben respetarse para la aplicación de los mismos. Así, de conformidad con el Artículo 5º del Acuerdo, para ese efecto deben respetarse los siguientes principios básicos: equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad^[196].

El artículo 4º del Acuerdo aclara que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado. Específicamente en relación con los copagos, que son los que tienen relevancia en el presente caso, en el artículo 9º se establece que el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con los parámetros que, para cada evento, se fijan en la misma disposición.^[197]

El artículo 7º de dicho Acuerdo establece que los copagos se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud -Plan de Beneficios en Salud- con excepción de las siguientes prestaciones

- Servicios de promoción y prevención
- Programas de control en atención materno infantil

- Programas de control en atención de las enfermedades trasmisibles
- Enfermedades catastróficas o de alto costo
- La atención inicial en urgencias

De manera concreta, sobre las enfermedades catastróficas o de alto costo, sin perjuicio de la Resolución 2565 de 2007, la Resolución 3974 de 2009 enuncia algunas enfermedades de alto costo^[198]. Asimismo, el Acuerdo 029 de 2011 y las Resoluciones 5521 de 2013 y 6408 de 2016 presentan un listado referente a los procedimientos, eventos o servicios considerados como tales de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo: A. Alto Costo Régimen Contributivo: 1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea. 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. 3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón. 4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central. 5. Reemplazos articulares. 6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado. 7. Manejo del trauma mayor. 8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA. 9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. 10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos. 11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas”.

Sin embargo, conforme con la sentencia **T-402 de 2018**^[199], la Ley 1438 de 2011 le otorgó al Gobierno Nacional, por una parte, la obligación de realizar la actualización del POS o PBS *“una vez cada dos años atendiendo a cambios del perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, la disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos en el Plan de Beneficios”*; ^[200] y, por la otra, la evaluación integral del SGSSS cada cuatro (4) años, con base en indicadores como *“la incidencia de enfermedades crónicas no trasmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo”*, con la finalidad de complementarlas^[201].

En ese sentido, conforme con la jurisprudencia constitucional, la definición y alcance de las enfermedades de alto costo no es un asunto resuelto dentro de las normas legales o reglamentarias^[202]. Por el contrario, dicha enumeración realizada por las normas no puede considerarse de manera taxativa y cerrada en atención a que su clasificación se encuentra supeditada a la vocación de actualización del Sistema General de Seguridad Social en Salud^[203].

Jurisprudencialmente, además de la exoneración prevista en las normas pertinentes, hay lugar a la exención de dicho pago cuando se comprueba que el usuario del servicio de salud o su familia no cuentan con recursos económicos suficientes para asumir las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según al régimen que se encuentre afiliado^[204].

En aras de no vulnerar los derechos del beneficiario la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales para determinar los casos en que sea necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o según el régimen al que se encuentre afiliado.^[205] Al respecto dispuso que procederá esa exoneración (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores.^[206] Así la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente ofreciendo 100% del valor del servicio de salud.^[207] Y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado. En este caso, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.^[208]

En la Sentencia **T-984 de 2006**^[209] esta Corporación reiteró que cuando una persona no cuenta con los recursos económicos para sufragar los costos de las cuotas correspondientes y requiera de un tratamiento con urgencia^[210], en razón a su estado de salud, este deberá prestársele sin sujeción a lo estipulado en la norma que

contempla la exigibilidad de los pagos. En este sentido, la Corte señaló expresamente que *"cuando una persona requiera de un tratamiento médico con urgencia, y no pueda acceder a éste por no tener la capacidad económica suficiente para pagar los copagos, las cuotas moderadoras, las cuotas de recuperación o el porcentaje equivalente a las semanas de cotización faltantes, se deberá inaplicar la normatividad y la entidad territorial, la ARS, o la EPS, según sea el caso, deberá prestarle oportunamente el servicio, en aras de proteger su derecho fundamental a la vida, en conexidad con el derecho a la salud."*

En este orden de ideas y de conformidad con lo indicado se concluye que la exigencia reglamentaria de reclamar el pago de cuotas moderadoras y/o copagos no es contraria a la Constitución pues, a través de ellos se busca obtener una contribución económica al Sistema en razón a los servicios prestados. Sin embargo, aquél no podrá exigirse cuando de su aplicación surja la vulneración a un derecho fundamental^[211]. En todo caso, será el juez constitucional el encargado de verificar si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales.

Del caso en particular, se advierte que el agente oficio de la actora indica al despacho que si bien él en calidad de cotizante, subsiste de su pensión, la misma no alcanza para cubrir el pago de todos los gastos médicos que no solo corre por su compañera, sino por el mismo, además de sufragar la manutención de los dos, el pago se servicios, así como a una tercera persona que les ayude en el hogar, en razón de la avanzada edad con que cuentan ambos, ligado a la patología de cada uno de ellos.

Por tal razón, se ordenará a la EPS accionada exonere de cobrar copagos o cuotas moderadoras a la actora con ocasión a los exámenes, medicamentos, procedimientos o tratamientos y demás que requieran pago alguno.

Así las cosas, se tutelaré el derecho fundamental a la vida, salud y seguridad social de la tutelante, ordenándole a NUEVA EPS, para que, a través de su Representante legal en el Departamento de Córdoba, o quien haga sus veces, que, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, exonere de

copagos u otros gastos relacionados con la atención de sus patologías y garantice el tratamiento integral para que no sea necesario una nueva acción de tutela por hechos sobrevinientes a su patología y tratamiento.

Por lo señalado, éste Juzgado Segundo Civil del Circuito de Cereté, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales de **vida, salud y seguridad social** invocado por **NORA ISABEL NARANJO DE MONTES** identificada con C.C. N° 25.866.572, quien actúa a través de agente oficioso dentro de esta acción de tutela.

SEGUNDO: ORDENAR a **NUEVA EPS** para que, a través de su Representante legal en el Departamento de Córdoba, o quien haga sus veces, que, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, exonere de copagos u otros gastos relacionados con la atención de sus patologías y garantice el tratamiento integral para que no sea necesario una nueva acción de tutela por hechos sobrevinientes a su patología y tratamiento.

TERCERO: NOTIFÍQUESE esta decisión a las partes involucradas por los medios más expeditos.

CUARTO: Dentro de la oportunidad legal, de no ser impugnada esta decisión, **ENVÍESE** por Secretaría el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE



MAGDA LUZ BENÍTEZ HERAZO
JUEZA

